

Oznámenie poistnej udalosti COVID-19

k úrazovému príplatku podľa § 293fek zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

|  |
| --- |
| 1. IČO/RČ zodpovedného zamestnávateľa:ŠKEČ (SK NACE Rev.2;):
2. Názov zamestnávateľa
3. Sídlo zamestnávateľa:
4. Evidenciu miezd vedie zodpovedný zamestnávateľ: ÁNO – NIE\*
5. Adresa miesta útvaru zodpovedného zamestnávateľa, ktorý vedie evidenciu miezd, ak nie je totožné s adresou jeho sídla.
 |
| 1. Dátum vzniku poistnej udalosti (ĎALEJ LEN „pu")

Dátum začiatku dočasnej práceneschopnosti z dôvodu karanténneho opatrenia a potvrdeného ochorenia COVID-19 zamestnanca / osoby podľa § 17 ods. 2 zákona\*\* (ďalej len „poškodený“): 1. Miesto vzniku PU (ulica, obec, PSČ, okres, prípadne označenie pracoviska:

1. **Poškodený s potvrdeným ochorením COVID-19**: meno, priezvisko, titul:

 IČPV (identifikačné číslo poistného vzťahu):  adresa bydliska – ulica, obec, PSČ, okres: .1. Dátum narodenia poškodeného:
2. Identifikačné číslo sociálneho zabezpečenia poškodeného podľa § 235 zákona
3. Telefónne číslo/e-mail poškodeného: 🕿

 🖂 1. Pracovné zaradenie poškodeného v čase vzniku PU:
2. **V prípade ak dočasná pracovná neschopnosť začala po 30. novembri 2021**, poškodený zamestnanec má nárok na náhradu príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca podľa zákona č. 462/2003 Z. z. o náhrade príjmu pri dočasnej pracovnej neschopnosti zamestnanca a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ÁNO-NIE\*\*):

................................................................................................................................................................1. POPIS VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI (uveďte faktory pracovného **prostredia, dokazujúce že ochorenie COVID-19 vzniklo zamestnancovi pri práci, kde z povahy práce vyplýva väčšia miera rizika vzniku tohto ochorenia)**
 |
|  |
|  |

Vybavuje (meno, priezvisko, titul): 

Telefón a e-mail zodpovedného zamestnávateľa:

🕿

🖂 

Podpísaný poistený (zodpovedný zamestnávateľ) vyhlasuje, že:

a) všetky uvedené skutočnosti sú pravdivé, nič nezamlčal a je si vedomý právnych následkov v prípade nesprávne uvedených údajov (§ 237 ods. 1 zákona),

b) ochorenie COVID-19 poškodeného vzniklo v príčinnej súvislosti s vykonávaným zamestnaním alebo pri činnostiach uvedených v § 17 ods. 2 zákona,

c) v súvislosti s touto PU neplánuje uplatniť ustanovenia §196 zákona č. 311/2001 Z. z. Zákonník práce (*Zbavenie sa zodpovednosti*).

V  dňa 

 .......................................................................................

 meno a podpis štatutárneho zástupcu zodpovedného zamestnávateľa

 a odtlačok pečiatky (poistený)